Association des cliniques de gynécologie/obstétrique Suisses (AGOS)
Manuel d'utilisation pour le projet de statistique 2005

Version du 15.01.2008 **Errata et FAQ's en annexe**

15.01.2008
Nouvelle rubrique : 717 diagnostic d'anomalies chromosomales
Le code 712 a été redéfini ce qui a provoqué cette nouvelle définition

594 sonde à demeure : à utiliser si la sonde est laissée plus de 24 heures seulement

---

16.01.2007
Utilisation erronée du code 767 aide manuelle
Par manque d'un code approprié l'Office Fédéral de la Statistique avait choisi le CHOP-Code 73.59 (aide Manuelle) comme code de procédure principal, en cas d'accouchement normal. Si ceci est acceptable dans une statistique « de politique » il est inacceptable dans une statistique « scientifique » comme l'AGOS **où ce code est limité aux présentations de siège** comme c'est indiqué clairement dans le texte de la rubrique. Nous avons corrigé notre banque de données sous cet aspect.

19.07.2006
Nouvelle rubrique : 557 révision par endoscopie
Peut être utilisée dès maintenant (à rajouter à la main) : Lors de la prochaine impression la feuille sera complétée.

14.03.2006
Nouvelle rubrique : 539 autres complications per-opératoires
Peut être utilisée dès maintenant (à rajouter à la main) : Lors de la prochaine impression la feuille sera complétée.

25.02.2006
Explications sur la statistique d'allaitement selon les normes OMS page 9
Explications sur les diagnostics en grossesse tardive page 9

20.11.2005
Introduction d'un nouveau code :

770 césarienne d'extrême urgence (voir manuel)

Ce code est réservé aux césariennes où l'état de la mère /de l'enfant ne tolère aucun délai, avec un DDT (Decision-Delivery-Time) n'excédant 30 minutes (préparation de la salle et anesthésie inclus).
Si vous utilisez ce code, il faut noter le DDT à côté du texte. La grille pour ces deux chiffres sera imprimée dans la prochaine édition. Sur les protocoles anciens, qui ne contiennent pas encore le nouveau code, veuillez marquer : ***770 DDT 26***
Ne pas utiliser ce code si le DDT dépasse 30 minutes !

18.07.2005
Deux rubriques ont été réactivées sur demande de plusieurs cliniques :

588 1 – 2 transfusions postopératoires
589 > 2 transfusions postopératoires

01.05.2005
1. Explication des stades de l'endométriose selon l'AFS (American Fertility Society)
2. Classification des hystérectomies élargies selon le type de l'opération (PIVER et al.)

---

1. Généralités

Ce manuel décrit les procédés pour la statistique dès 2005. Il remplace toutes les éditions antérieures.

Le management du projet reste, comme au paravent, dans les mains de la **SEVISA SA, Informatique en Médecine, 8514 Amlikon, tel: 071 650 0100 fax: 071 650 0103, e-mail sevisa@bluewin.ch Homepage www.sevisa.ch .**
Cette adresse sert également aux envois de colis et de courrier.

Dès le 1er janvier 2005 seuls les formulaires portant la mention **2005** seront acceptés.

L'enregistrement des données se fait selon les modes suivants :

sur papier AGOS seul sans les données pour l'Office fédéral de la statistique (AGOS seulement)
sur papier AGOS avec les données pour l'Office fédéral de la statistique (AGOS + OFS)
électroniquement: via E-mail ou disquette mais sans possibilité d'enregistrer les données OFS.

Les cliniques qui participent à la statistique AGOS seulement, remplissent en page 1 uniquement les rubriques sur fond gris, les autres, qui souhaitent de recevoir également les données de l'OFS, toutes les rubriques. Dans les deux cas, le diagnostic principal et le traitement principal sont à remplir en Code ICD_10/CHOP_9. Par contre, nous pourrons extraire les codes lCD pour les diagnostics et traitements supp1émentaires à partir des codes AGOS. Pour de raisons de protections des données personnelles, nous ne pouvons pas calculer le fameux code de liaison anonyme. Aux cliniques avec les données de l'OFS nous avons une solution praticable qui donne des résultats corrects.

2. Principes de codification

Dès 1998 la statistique est une statistique de sortie (réglé par l'OFS). Pour tout séjour se terminant dans l'année de statistique, une feuille doit être remplie. Veuillez remplir les feuilles lisiblement. Le format des dates de calendrier est le 01.01.2005. Ne pas oublier l'heure d'entrée ou de sortie.
Code des nations : ce code obligatoire est établi par l'OFS. Il se compose de trois lettres et n'a rien à faire avec le code des nations de l'automobilisme. Ainsi le code pour la Suisse est CHE et non CH. Vous trouvez la liste complète de ces codes à la fin de ce manuel.
Numéro postal : nécessaire pour calculer le code des régions de l'OFS. Permet d'analyser d'où viennent les patientes (anonymisé).
Poids et Taille : nécessaire pour calculer le Body Mass Index. Ces valeurs marquent ou biffent le code 038 automatiquement. Pourtant ce code est à disposition des cliniques démunies, qui ne seraient en possession d'une balance !
En cas d'accouchement multiple, le premier enfant est noté sur la feuille de la mère, le deuxième est marqué sur la feuille supplémentaire (comme au paravent).
Rubriques et titres sur fond gris indiquent des chapitres ou codes obligatoires.

3. le 4ème chiffre du code

Par l'introduction d'un 4ème chiffre (entre 1 et 9) à droite du code à 3 chiffres, on obtient une précision supp1émentaire. Le chiffre „9" en 4éme position, désigne toujours „status après". Dans la statistique annuelle, les codes **avec** „status après" ne sont pas comptabi1isés, ils sont cependant importants pour 1'analyse ultérieure de cas spéciaux où ces codes sont parfaitement accessibles.

Avec le 4ème chiffre nous pouvons
distinguer entre diagnostic principal et secondaire avec **_1** et **_2**
établir une chronologie entre première et deuxième opération **exemple : 409_1 curetage explorateur et 398_2 hystérectomie vaginale**
établir un connexe entre une opération et une personne par l'intermédiaire du code d'identification des personnes CIP (voir plus loin)
analyser l'évolution dans le temps des cas de malignomes (voir les explications dans la feuille de codage auprès des rubriques de malignomes)
augmenter la précision de codage dans certaines rubriques **exemple :** codes 640 à 640.9

en principe : toutes les opérations exécutées dans la même séance par le même opérateur reçoivent **un 4ème chiffre identique**. Une distinction fait seulement de sens, s'il y a une morbidité bien différente entre les interventions codées.
En obstétrique, on peut utiliser le 4ème chiffre dans les codes maternels pour indiquer avec _7 et _8 les diagnostics menant à un accouchement assisté ou opératoire. Lors d'un accouchement multiple, ne pas utiliser les codes _1 à _5, ceux-ci étant gérés par le logiciel pour séparer les enfants par l'intermédiaire de la feuille supplémentaire pour l'enfant.

4. Code d'identification des personnes (CIP)

Le but est de pouvoir attribuer une opération ou un accouchement à **une personne précise**. Pour cela les cliniques ont à leur disposition des numéros de 1 – 998. Dans la banque de données figure uniquement le chiffre. C'est la responsabilité de la clinique d'attribuer un chiffre à un collaborateur. Pour des raisons de follow-up il est clair, qu'un chiffre ne peut être attribué qu'à une personne seule. Mais presque mille possibilités satisferont aussi la plus grande clinique pour les dix ans à venir.
Voici comment cela fonctionne :
Dans l'analyse de la morbidité opératoire les opérateurs sont enregistrés par leur fonction. Le code 514 désigne bien un médecin-assistant comme opérateur mais on ne sait pas **quel** médecin-assistant. C'est précisément ici que le CIP vient à notre aide : **sur la page 1 vous trouvez une grille avec deux fois 8 possibilités (*opérateur et 1er assistant*) pour enregistrer votre CIP.** Le principe consiste à enregistrer votre CIP dans la case qui porte le même numéro que le 4ème chiffre de l'opération que vous aimeriez avoir attribuée.
Un exemple : une patiente subit deux opérations avec deux opérateurs différents. Le chef de clinique Dr Perret a le CIP 101, l'assistant Dr Ducommun le CIP 315. L'assistant fait une hystéroscopie avec le code AGOS 431_1 assisté par Dr Perret. Le chef de clinique fait en suite une hystérectomie abdominale avec le code AGOS 303_2 assisté par le Dr Ducommun.
Il faut réaliser que sans la fonction CIP il n'est pas possible d'établir des listes d'opérations individuelles, qui sont acceptées comme preuve de formation !!!

Voici comment la grille en première page doit être remplie :

Opérateur	1er Assistant	Analyse de la morbidité opératoire	
1. 315	101	506_**1**	opérateur médecin-assistant
2. 101	315	504_**2**	opérateur chef de clinique
3.		512_**1**	1er assistant chef de clinique
4.		514_**2**	1er assistant médecin-assistant (nécessaire pour catalogue de formation)
5.			
6.			
7.			
8.			

5. partie AGOS proprement dite

En général, les titres et rubriques sur fond gris nécessitent au moins **un** code. Utilisez, le cas échéant, les rubriques négatives, tel que 021 sans facteurs de risque. Ceci nous permet de différencier entre une malade sans risque et le cas où le code a tout simplement été oublié.
Marquez les codes en les encerclant, la datatypiste doit pouvoir les lire.

Genre d'admission : important pour les analyses. Les **admissions pendant la grossesse** sont les cas hospitalisés pour des complications de la grossesse ou pour accouchement. Les **admissions en couches** sont les cas hospitalisés pour des complications en rapport avec l'accouchement. Tous les autres cas sont des **admissions en gynécologie.** Par conséquent, les interruptions de grossesse sont des admissions pendant la grossesse et non des admissions en gynécologie.

Origine (1ère génération) n'est pas nécessairement identique avec la nationalité. Une Thaïlandaise qui a épousé un Suisse est de nationalité Suisse, mais reste néanmoins une asiatique (questions de morbidité)

Ethnie : ce code a été introduit pour faire un certain rapprochement avec les publications américaines.

Code 061: aucun traitement opératoire en gynécologie: ce code sert à distinguer les traitements conservateurs (p.ex.. réhospitalisation de cas de malignomes) des cas où l'on aurait oublié de coder une opération. Si ce code est marqué l'analyse de la morbidité opératoire ne sera pas exigée. A utiliser uniquement pour les admissions en gynécologie.

En principe, tous les cas ont besoin d'un diagnostic et d'un traitement. Si vous ne trouvez vraiment rien dans le catalogue, vous pouvez utiliser les codes ***autres…*** qui figurent partout dans la feuille de codage.

Les stades CIN (081-083) : classification selon histologie, non selon cytologie

Les codes sur l'histologie (125-128 pour le cancer du corps utérin et 164-167 pour le cancer de l'ovaire, servent à approfondir la description du cancer et sont à utiliser ensemble avec les codes diagnostiques idoines.

Opérations gynécologiques. Pour les organes pairs indiquer le côté, en cas d'intervention bilatérale indiquer les deux côtés. Ne pas utiliser le quatrième chiffre **-9** (status après) si cela n'est pas en relation avec le cas actuel.

Analyse de la morbidité opératoire : *les rubriques en italiques* exigent l'analyse de la morbidité opératoire. En cas de distinction des plusieurs opérations par le quatrième chiffre, l'AMO est exigée pour chaque opération.

Lésions du périnée et du canal obstétrical ici les opinions sont très partagées. Depuis le déplacement de l'épisiotomie au 788 le fonds gris de ce titre a été abandonné. Les déchirures périnéales sont des diagnostics et non des traitements. Les révisions de ces déchirures sont à coder dans les cas plus importants par le chiffre 830 et nécessitent dans ce cas l'analyse de la morbidité opératoire. Les cas simples (degré I) sont traités comme l'épisiotomie, sans AMO.

6. Classification des malignomes

Cancer de la vulve

Un cancer de la vulve qui envahit le vagin est classifié cancer de la vulve

Staging FIGO		UICC 97	
9.1994 Montreal		pTNM	
Stade I		T1, N0, M0	<=2cm de diamètre maximal, vulve ou périnée, pas de métastases ganglionnaires
	A	T1a	épaisseur de l'invasion de 1 mm au maximum
	B	T1b, N0	épaisseur de l'invasion plus importante de 1 mm
Stade II		T2, N0, M0	> 2cmde diamètre maximal limité à la vulve, au périnée, pas de métastases ganglionnaires
Stade III	A	T3, N0, M0	infiltration de l'urètre inférieure, de la vulve, de l'anus
	B	T1-3, N1, M0	métastases unilatérales des ganglions régionaux
Stade IV	A	T4, N0, M0	infiltration de l'urètre supérieure, de la muqueuse de la vessie du rectum, fixation au squelette
		T1-3, N2, M0	et/ou métastases bilatérales régionales
	B	T1-4, N0-2, M1	métastases à distance y compris les ganglions pelviens

N1: métastases unilatérales dans les ganglions régionaux
N2: métastases bilatérales dans les ganglions régionaux
Les ganglions régionaux sont les ganglions fémoraux et inguinaux
Shepherd JH. Cervival and vulva cancer: changes in FIGO definitions of staging. Br J Obstet Gynecol 1996;103:405-6.

Cancer du vagin

Staging clinique		
Staging FIGO	UICC 97	
	pTNM	
Stade I	T1	tumeur limitée au vagin
Stade II	T2	invasion du tissue paravaginal à l'exception de la paroi pelvienne
Stade III	T3	invasion jusqu'à la paroi pelvienne
Stade IVA	T4	invasion de la muqueuse de la vessie, de la muqueuse du rectum ou au-delà du bassin
Stade IVB	T1-4, M1	métastases à distance

Les ganglions régionaux sont les pelviens pour le 2/3 supérieurs du vagin, les inguinaux pour le 1/3 inférieur du vagin

Cancer du corps utérin (de l'endomètre)

Staging pathologique après opération d'un cancer de l'endomètre
Classification FIGO de 1988 (Sheperd 1989)

FIGO	pTNM	
0	Tis	cancer in situ (pré-invasif)
I		tumeur limitée au corps utérin
IA	T1a	tumeur limitée à l'endomètre (la muqueuse)
IB	T1b	invasion s'étendant à moins de la moitié du myomètre
IC	T1c	invasion dépassant la moitié du myomètre en épaisseur
II		extension de la tumeur sur le col utérin sans infiltration de tissue extra-utérin
IIA	T2a	manifestation tumorale endocervicale glandulaire seulement
IIB	T2b	invasion du stroma du col utérin
III		extension extra-utérine limitée au petit bassin
IIIA	T3a	extension à la séreuse, aux annexes ou cytologie péritonéale positive
IIIB	T3b	extension au vagin (par continuité ou métastases)
IIIC	N1	infiltration de ganglions pelviens ou para-aortales
IVA	T4	extension à la muqueuse vésicale et(ou rectale en dehors du petit bassin
IVB	M1	métastases à distance y compris infiltration de ganglions non para-aortales/non inguinales

Staging clinique du cancer de l'utérus inopérable

Classification FIGO de 1971 et TNM

TNM			FIGO	
Tis	N0	M0	0	cancer in situ (pré-invasif))
T1	N0	M0	I	tumeur limitée au corps utérin
T1a	N0	M0	IA	longueur au sondage <= 8 cm
T1b	N0	M0	IB	longueur au sondage de >8 cm
T2	N0	M0	II	infiltration du col utérin
T1	N1	M0	III	extension de la tumeur au delà de l'utérus mais en dedans du pelvis
T2	N1	M0	IIIA	extension de la tumeur aux annexes
T3	N0-1	M0	IIIB	extension de la tumeur ä la paroi rectale et/ou vésicale
T4	N0-1	M0	IVA	infiltration des organes pelviens ou extension au-delà du petit bassin
T1-4	N0-1	M1	IVB	métastases à distance

Etat des ganglions dans le système TNM:

NX:	ganglions régionaux non jugeables
N0:	sans extension sur les ganglions régionaux
N1:	les ganglions régionaux sont envahis de la tumeur

Cancer du col:

Staging clinique

I		cancer du col, limité à l'utérus (même au corps utérin)
IA		micro-invasif (diagnostique microscopique)
IA1	T1a1	envahissement minime du stroma >3 mm de profondeur et <7 mm de surface
IA2	T1a2	envahissement >=3 mm de profondeur, <7 mm en surface
IB	T1b	lésion dépassant IA2
IB1	T1b1	lésion <4 cm
IB2	T1b2	lésion >4 cm
IIA	T2a	extension au delà du col sans atteinte des paramètres, des parois pelviennes et du 1/3 inférieur du vagin
IIB	T2b	extension au delà du col avec atteinte des paramètres, sans atteinte des parois pelviennes et du 1/3 inférieur du vagin
IIIA	T3a	extension au 1/3 inférieur du vagin sans paroi pelvienne
IIIB	T3b	extension à la paroi pelvienne ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet
IVA	T4	envahissement de la vessie et/ou du rectum et/ou au delà du petit bassin
IVB	T1-4, M1	métastases à distance

Carcinome du sein

UICC-Staging dès 1.1.2003

Nouveautés : atteinte des ganglions supraclaviculaires et infraclaviculaires est classée N3, les ganglions de la mammaria interna dépistés par histologie (sentinel node) sont N1, ceux dépistés par imagerie N2 et, au cas où l'atteinte comprend aussi les ganglions axillaires N3. A la fin du bilan on peut classer les cas comme suit :

Tumeur primaire

TX	la tumeur ne peut être classée
T0	sans tumeur primaire
Tis (DCIS)	carcinome intracanalaire in situ
Tis (LCIS)	carcinome lobulaire in situ

Tis (Paget)		M. Paget du mamelon

Les tumeurs de <2 cm sont classées T1

T1	T1mic	<= 0.1 cm
	T1a	> 0.1 cm et <= 0.5 cm
	T1b	> 0.5 cm et <= 1 cm
	T1c	> 1 cm et <= 2 cm
T2		> 2 cm et <= 5 cm
T3		> 5 cm
T4	T4a	tumeur avec extension à la paroi thoracique ou à la peau sans envahissement du muscle pectoral
	T4b	œdème (incluant peau d'orange), ulcération de la peau ou nodules cutanés satellites du même coté
	T4c	T4a + T4b
	T4d	cancer inflammatoire

Ganglions régionaux
Appréciation clinique

Nx		ganglions régionaux non jugeables
N0		pas d'adénopathie régionale
N1		adénopathie homolatérale axillaire mobile
N2	N2a	adénopathie homolatérale axillaire fixe
	N2b	adénopathie mammaire interne clinique
N3	N3a	adénopathie infraclaviculaire
	N3b	adénopathies cliniques axillaire **et** mammaire interne
	N3c	adénopathie sus-claviculaire

Appréciation pathologique

pN0		histologiquement sans adénopathie axillaire (pas de recherche de cellules tumorales isolées)
	pN0(i-)	sans adénopathie axillaire, analyse immunohistochimique négative
	pN0(i+)	sans adénopathie axillaire, analyse immunohistochimique positive
	pN0(mol-)	sans adénopathie axillaire, test RT-PCR négatif
	pN0(mol+)	sans adénopathie axillaire, test RT-PCR positif
pN1	pN1mi	micrométastases de 0.3mm – 2mm
	PN1a	métastases dans 1 – 3 ganglions axillaires
	pN1b	micrométastases dans les ganglions mammaires internes dépistés par sentinel biopsy sans manifestation clinique
	pN1c	pN1a + pN1b simultanément
pN2	pN2a	métastases dans 4 – 9 ganglions axillaires dont au moins une de plus de 2 mm
	pN2b	métastase de la mammaire interne mais sans adénopathie axillaire
pN3	pN3a	métastases dans >9 ganglions axillaires ou dans des ganglions infraclaviculaires
	pN3b	adénopathie clinique de la mammaire interne et des stations axillaires dépistée par sentinel biopsy positive
	pN3c	adénopathie sus-claviculaire du même côté

métastases à distance

MX	impossible de juger
M0	pas de métastases à distance
M1	métastases à distance

Singletary SE et al. J Clin Oncol 2002;20(17):3628-3636
Fe/10.2002

DCIS (adénocarcinome intracanalaire)

University of Southern California/Van Nuys Prognostic Index (USC/VNPI)

Groupe 1	non high-grade sans nécroses
Groupe 2	non high-grade avec nécroses
Groupe 3	high-grade

	Score 1	Score 2	Score 3
Diamètre du DCIS (mm)	<=15	16-40	>=41
Distance du bord de résection	>=10mm	1-9mm	<1mm
Histologie	non high grade sans nécroses	non high grade avec nécroses	high grade
	nuclear grade 1 / 2	nuclear grade 1 / 2	nuclear grade 3
Âge	>60	40-60	<40

Carcinome de l'ovaire

Staging pathologique

FIGO revised staging for ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol 1989;156:263.

FIGO	UICC	
IA	T1a	tumeur limitée à un seul ovaire sans cellules malignes dans l'ascite ou liquide de rinçage, avec capsule intacte
IB	T1b	tumeur des deux ovaires sans cellules malignes dans l'ascite ou liquide de rinçage, avec capsule intacte
IC	T1c	tumeur limitée aux ovaires avec cellules malignes dans l'ascite/liquide de rinçage et/ou perforation de la capsule
TIIA	T2a	extension de la tumeur à l'utérus et aux trompes sans cellules malignes dans l'ascite/liquide de rinçage
IIB	T2b	extension aux autres organes pelviens sans cytologie positive de l'ascite
IIC	T2c	extension pelvienne **avec cytologie positive** de l'ascite/liquide de rinçage
IIIA	T3a	métastases microscopiques au delà du pelvis
	T3b	métastases macroscopiques <= 2 cm
IIIC	T3c	métastases macroscopiques > 2cm
	T1-3c, N1	et/ou adénopathies rétropéritonéales ou inguinales
IV	T1-3c, M1	métastases à distance, dans le foie, épanchement pleural malin

Carcinome de la trompe

Staging anatomo-pathologique FIGO staging 1991

FIGO	UICC 97	
IA	T1a	tumeur limitée à une seule trompe, sans cellules malignes dans l'ascite/liquide de rinçage, sans infiltration séreuse
IB	T1b	extension aux deux trompes, sans cellules malignes dans l'ascite/liquide de rinçage, sans infiltration séreuse
IC	T1c	tumeur uni-/bilatérale mais **avec** cellules malignes dans l'ascite/liquide de rinçage ou infiltration de la séreuse
IIA	T2a	extension à l'utérus aux ovaires sans cellules malignes dans l'ascite ou liquide de rinçage
IIB	T2b	ext4ension à d'autres organes pelviens sans cellules malignes dans l'ascite ou liquide de rinçage
IIC	T2c	extension à d'autres organes pelviens et cytologie positive du liquide de rinçage ou ascite malin
IIIA	T3a	métastases microscopiques au delà du pelvis
IIIB	T3b	métastases macroscopiques au delà du pelvis < 2cm
IIIC	T3c	métastases macroscopiques au delà du pelvis > 2cm
	T1-3c, N1	en plus adénopathie rétropéritonéale ou inguinale
IV	T1-3c, M1	métastases à distance ou dans le foie au épanchement pleural malin

Les tumeurs du trophoblaste

Choriocarcinome, môle invasif et tumeurs du placenta.

La classification est clinique, en cas d'augmentation du HCG l'histologie n'est pas exigée

FIGO 1992	UICC 97	
Les facteurs de risque:		1) HCG > 100 000 IU dans l'urine de 24 h
		2) durée de la maladie > 6 mois après la dernière grossesse.
I	T1	tumeur limitée à l'utérus
A	T1a	sans facteurs de risque
B	T1b	avec 1 facteur de risque
C	T1c	avec 2 facteurs de risque
II	T2	tumeur au delà de l'utérus mais limitée aux organes génitaux)
A	T2a	sans facteurs de risque
B	T2b	avec 1 facteur de risque
C	T2c	avec 2 facteurs de risque
III	T1-2, M1a	métastases pulmonaires avec ou sans envahissement des organes génitaux
A		sans facteurs de risque
B		avec 1 facteur de risque
C		avec 2 facteurs de risque
IV	T1-2, M1b	métastases extrapulmonaires
A		sans facteurs de risque
B		avec 1 facteur de risque
C		avec 2 facteurs de risque

The anatomic FIGO staging system (2000) for GTD (Gestational Trophoblastic Disease) is as follows:

Stage I:	Disease confined to the uterus
Stage II:	Disease extends outside of the uterus but is limited to the genital structures (ovary, tube, vagina, broad ligament)
Stage III:	Disease extends to the lungs, with or without known genital tract involvement
Stage IV:	All other metastatic sites

The FIGO 2000 scoring system is as follows:

FIGO SCORE	0	1	2	4
Age	≤39	>39		
Antecedant pregancy	hydatidiform	abortion	mole	term pregnancy
Interval months from index pregnancy	<4	4-6	7-12	>12
Pretreatment hCG mIU/mL	<1000	1000-10,000	10,000-100,000	>100,000
Largest tumour size including uterus	3-4cm	5cm		
Site of metastases	spleen	gastrointest. tract	brain, liver	kidney
number of metastases identified	0	1-4	4-8	>8
previous failed chemotherapy			single drug	≥ 2 drugs

A score of 6 or less is termed low risk, a score of 7 or greater high risk.
The **National Institutes of Health classification** is employed commonly in the United States to determine the appropriate initial therapy for malignant GTD:

I Benign GTD
- A. Complete hydatidiform mole
- B. Partial hydatidiform mole

II. Malignant GTD
- A. Nonmetastatic GTD
- B. Metastatic GTD
  1. Good prognosis: absence of any risk factor
  2. Poor prognosis: presence of any risk factor
     - a. Duration of GTD >4months
     - b. Pretherapy serum β-hCG>40,000 mIU/mL
     - c. Brain or liver metastasis
     - d. GTD after term gestation
     - e. Failed prior chemotherapy for GTD

Cela signifie:

I tumeur sans métastases, limitée à l'utérus
II tumeur avec métastases ou non limité à l'utérus

A bon pronostic: dernière grossesses avait lieu à moins de 4 mois
HCG avant thérapie < 40 000IU/L, <100 000 IU/24h
Absence de métastases hépatiques ou cérébrales
Absence de chimiothérapie dans les antécédents

B mauvais pronostic: dernière grossesse à plus de 4 mois
Accouchement à terme
HCG avant thérapie > 40 000IU/L, >100 000 IU/24h
Métastases hépatiques ou cérébrales
Chimiothérapie dans les antécédents

WHO Score 1983
<=4: risque bas, 5-7: risque moyen, >=8: risque élevé

Facteurs pronostiques	Score 0	Score 1	Score 2	Score 4
âge	<= 39	>39		
Grossesse antérieure	môle hydatiforme	abortus	accouchement ä terme	
Mois depuis la dernière grossesse	4	4 - 6	7 - 12	12
HCG (IU/L)	1000	1000-10 000	10 000-100 000	100 000
ABO (femme, homme)		0 x A, A x 0	B, AB	
Diamètre maximal de la tumeur		3-5cm	5cm	
Localisation des métastases		rate, rein	foie, tract. digestif	cerveau
Nombre de métastases		1-4	4-8	>8
Chimiothérapie antérieure			monothérapie	>=2 substances

Codes 304-307

Classification des hystérectomies selon PIVER

Piver MS, Rutledge ., Smith JP Obstet.Gynecology 1974; 44(2); 265-272

Type I hystérectomie extra fasciale
Type II section du paramètre à l'aplomb de l'uretère dont la dissection est limitée, colpectomie du tiers supérieur du vagin
Type III exérèse large du paramètre au plus près de la paroi pelvienne, colpectomie de la moitié supérieure du vagin
Type IV dissection complète de l'uretère jusqu'à la pénétration vésicale, colpectomie des trois quarts du vagin
Type V exentération partielle (résection urétérale ou vésicale partielle)

Le score AFSR de l'endométriose

(Score de l'American Fertility Society, révisé en 1985)

1 - Lésions péritonéales

Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde)

Péritoine	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6

2 - Lésions ovariennes

Ne coter que la lésion la plus sévère et ajouter les scores des ovaire droit et gauche

Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	**Superficielles**	**Profondes**
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20

3 - Adhérences annexielles selon la circonférence

ajouter les scores des ovaire droit et gauche et des trompes droite et gauche

Ovaire droit	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	**Superficielles** (ou transparentes)	**Profondes** (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	**Superficielles** (ou transparentes)	**Profondes** (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	**Superficielles** (ou transparentes)	**Profondes** (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16

* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16

4 - Oblitération du Douglas

Partielle	4
Totale	40

Calculer le score AFSR

1 - Lésions péritonéales	=
2 - Lésions ovariennes	=
3 - Lésions annexielles	=
4 - Oblitération du Douglas	=

Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minime	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 40

Données et opérations	*Résultats*

Calculer

XiTi GRATUIT Biométrie Scores

Site du Dr Aly Abbara

www.aly-abbara.com
www.avicenne.info
www.mille-et-une-nuits.com

Explications sur les statistiques concernant l'allaitement OMS

912 contient:

- **Allaitement exclusif**

  L'enfant ne reçoit aucun autre liquide ou aliment que le lait maternel (LM)

Selon l'UNICEF, au moins 50% des nouveaux nés sains doivent être allaités exclusivement pendant la suite de couches, pour répondre aux conditions de „Baby Friendly Hospital"

- **Allaitement complet**

  L'enfant reçoit du LM et éventuellement une solution aqueuse mais pas de lait pour nourrissons ou autre aliment

913 contient:

- **Allaitement partiel**

  L'enfant reçoit du LM mais peut recevoir d'autres liquides ou aliments en supplément.

Explications sur les diagnostics de la grossesse tardive

Communiqué par l'UFK Berne

657 Placenta bas inséré : atteignant le col utérin interne de <=2cm

666 Contractions prématurées efficaces: col utérin de < 3cm lors de l'échographie vaginale d'entrée et/ou béance cervico-isthmique

667 Contractions prématurées non efficaces du col utérin: Col utérin de >=3cm lors de l'échographie vaginale d'entrée

668 Polyhydramnios: plus grand dépôt >8 cm

669 Oligohydramnios: plus grand dépôt < 2 cm

670 Retard de croissance intra-utérin : De multiples causes peuvent être à l'origine d'un tel problème: Un âge de gestation calculé correctement est décisif pour la pose du diagnostic. En général l'on parle d'un retard de croissance si la circonférence abdominale est < 5 percentil.

L'étiologie correspondante n'est pas encore définie et doit être précisée en combinaison avec d'autres codes. (p.ex avec 640.4, 675 ou 712, etc).

Après emploi du code 670, les codes 671-673 doivent être pris en considération. Ces codes permettent ultérieurement une meilleure analyse du retard de croissance intrautérin. Ces codes décrivent l'hémodynamique féto-placentaire et signifient plus exactement :

671 Dans le cas d'une hémodynamique normale: indices de vitesse normaux (RI, PI, Ratio A/B) dans l'artère ombilicale

672 Dans le cas d'une hémodynamique compensée: indices de vitesse élevés dans l'artère ombilicale (>95 percentil des courbes de normes utilisées dans la clinique) et indices normaux dans l'artère cerebri media (ACM) (pas de centralisation)

673 Dans le cas d'une hémodynamique pathologique : présence d'une centralisation (Doppler de l'artère ombilicale >95 percentil et de l'ACM<5 percentil). Flux diastolique manquant ou inversé dans l'artère ombilicale

696 Syndrome transfuseur transfusé: Défini dans le cas de jumeaux monochorioniques comme ayant un dépôt du liquide amniotique de >8cm chez le receveur et <=2cm chez le donneur.

698 Croissance discordante: La discordance selon la formule *: poids estimé (fétus A-B) *100/poids du plus lourd (A)* s'élève à 20% au moins.

Codes des nations selon la liste de l'Office Fédéral de la Statistique (par ordre alphabétique du pays)

AFG	**Afghanistan**
ZAF	Afrique du Sud
ALB	Albanie
DZA	Algérie
DEU	AIlemagne
AND	Andorre
AGO	Angola
AIA	Anguilla
ATA	Antarctique
ATG	Antigua-et-Barbuda
ANT	AntiIles néerlandaises
SAU	Arabie saoudite
ARG	Argentine
ARM	Arménie
AUS	Australie
AUT	Autriche
AZE	Azerbaïdjan
BHS	**Bahamas**
BHR	Bahreïn
BGD	Bangladesh
BRB	Barbade
BLR	Bélarus
BEL	Belgique
BLZ	Belize
BEN	Bénin
BMU	Bermudes
BTN	Bhoutan
BOL	Bolivie
BIH	Bosnie-Herzégovine
BWA	Botswana
BVT	Ile Bouvet
BRA	Brésil
BRN	Brunéi
BGR	Bulgarie
BFA	Burkina Faso
BDI	Burundi
CYM	**Caïmanes, Iles**
KHM	Cambodge
CMR	Cameroun
CAN	Canada
CPV	Cap-Vert
CAF	Centrafricaine, République
CHL	Chili
CHN	Chine
CXR	Christmas, Ile (Australie)
CYP	Chypre
CCK	Cocos,Iles
COL	Colombie
COM	Comores
COG	Congo
COK	Cook, Iles
KOR	Corée, République de
PRK	Corée,République populaire
CRI	Costa Rica
CIV	Côte d'Ivoire
HRV	Croatie
CUB	Cuba
DNK	**Danemark**
DJI	Djibouti
DOM	Dominicaine, République
DMA	Dominique
EGY	**Egypte**
SLV	El Salvador
ARE	Emirats arabes unis
ECU	Equateur
ERI	Érythrée
ESP	Espagne
EST	Estonie
USA	Etats-Unis
ETH	Ethiopie
FLK	**Falkland, Iles**
FRO	Féroé, Iles
FJI	Fidji
FIN	Finlande
FRA	France
GAB	**Gabon**
GMB	Gambie
GEO	Géorgie
GHA	Ghana
GIB	Gibraltar
GRC	Grèce
GRD	Grenade
GRL	Groenland
GLP	Guadeloupe
GUM	Guam
GTM	Guatemala
GIN	Guinée
GNQ	Guinée équatoriIle
GNB	Guinée-Bissau
GUY	Guyana
GUF	Guyane française
HTI	**Haïti**
HMD	Heard et Iles McDonald, Ile
HND	Honduras
HKG	Hong Kong
HUN	Hongrie
UMI	**Iles de l'Océan Pacifique USA),**
VGB	Iles Vierges (Britanniques)
VIR	Iles Vierges américaines
IND	Inde
IDN	Indonésie
IRQ	Irak
IRN	Iran
IRL	Irlande
ISL	Islande
ISR	Israël
ITA	Italie
JAM	**Jamaïque**
JPN	Japon
JOR	Jordanie
KAZ	**Kazakhstan**
KEN	Kenya
KGZ	Kirghizistan
KIR	Kiribati
KWT	Koweït
LAO	**Laos**
LSO	Lesotho
LVA	Lettonie
LBN	Liban
LBR	Libéria
LBY	Libye
LIE	Liechtenstein
LTU	Lituanie
LUX	Luxembourg
MAC	**Macao**
MKD	Macédoine, Ex-Rép.Yougoslave
MDG	Madagascar
MYS	Malaisie
MWI	Malawi
MDV	Maldives
MLI	Mali
MLT	Malte
MAR	Maroc
MHL	Marshall, Iles
MTQ	Martinique
MUS	Maurice
MRT	Mauritanie
MYT	Mayotte
MEX	Mexique
FSM	Micronésie
MDA	Moldova
MCO	Monaco
MNG	Mongolie
MSR	Montserrat
MOZ	Mozambique
MMR	Myanmar (Birma)
NAM	**Namibie**
NRU	Nauru
NPL	Népal
NIC	Nicaragua
NER	Niger
NGA	Nigéria
NIU	Nioué
NFK	Norfolk, Ile
NOR	Norvège
NCL	NouveIle-Calédonie
NZL	NouveIle-Zélande
IOT	**Océan Indien, Terr. britanniques**
OMN	Oman
UGA	Ouganda
UZB	Ouzbékistan
PAK	**Pakistan**
PAN	Panama
PNG	Papouasie-NouveIle-Guinée
PRY	Paraguay
NLD	Pays-Bas
PER	Pérou
PHL	Philippines
PCN	Pitcairn, Iles
POL	Pologne
PYF	Polynésie française
PRI	Porto Rico
PRT	Portugal
QAT	**Qatar**
REU	**Réunion**
ROM	Roumanie
GBR	Royaume-Uni
RUS	Russie
RWA	Rwanda
ESH	**Sahara occidental**
KNA	Saint-Kitts-et-Nevis
SMR	Saint-Marin
SPM	Saint-Pierre-et-Miquelon
VCT	Saint-Vincent-etIles Grenadines
SHN	Sainte-Hélène
LCA	Sainte-Lucie
SLB	Salomon, Iles
WSM	Samoa
ASM	Samoa américaines
STP	Sao Tomé-et-Principe
SEN	Sénégal
SYC	SeycheIles
Ile	SierraIleone
SGP	Singapour
SVK	Slovaquie

SVN	Slovénie	CZE	Tchèque, République		
SOM	Somalie	ATF	Terres austrIles (F)	VUT	**Vanuatu**
SDN	Soudan	THA	Thaïlande	VAT	Vatican
LKA	Sri Lanka	TGO	Togo	VEN	Venezuela
SWE	Suède	TKL	Tokélau	VNM	Vietnam
CHE	Suisse	TON	Tonga		
SUR	Suriname	TTO	Trinité-et-Tobago	WLF	**Wallis et Futuna**
SJM	Svalbard et Ile Jan Mayen	TUN	Tunisie		
SWZ	Swaziland	TKM	Turkménistan	YEM	**Yémen**
SYR	Syrie	TCA	Turques et Caïques, Iles	YUG	Yougoslavie
		TUR	Turquie		
TJK	**Tadjikistan**	TUV	Tuvalu	ZAR	**Zaïre**
TWN	Taïwan			ZMB	Zambie
TZA	Tanzanie	UKR	**Ukraine**	ZWE	Zimbabwe
TCD	Tchad	URY	Uruguay		

Errata dans la feuille de codage

Puisque nous imprimons ces feuilles en grande nombre pour des raisons de coût des erreurs peuvent persister pour un certain temps. Nous apportons beaucoup des soins aux corrections dans les textes de base pour pouvoir corriger les fautes lors de la prochaine impression.

Page 1
le point décimal dans la grille des traitements supplémentaires est au mauvais endroit. Utilisez les 4 cases sans référence au point décimal.

Page 2
083 CIN III / Ca. in situ le code ICD correct est le D06.9

FAQ Frequently Asked Questions

Enregistrement du Base Exces :

Le BE est annoté avec trois chiffres. La première case est le signe +/-
Sont recensés uniquement les chiffres pleins. Un Base Excess de 4.7 serait donc annoté avec la séquence **+ 04**

Code d'identification personnel (CIP) :
Si vous voulez vraiment profiter de cette fonction intéressante (pour les listes d'opérations), veuillez vous donner beaucoup de peine en évitant les calligraphies trop extrêmes.